

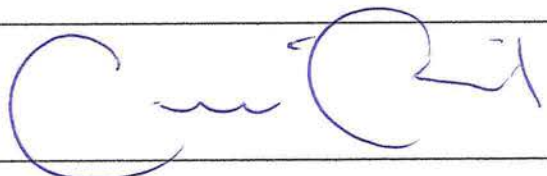
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	GONZALEZ VILLARROEL CAROLINA		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	BAILE ENTRETENIDO	MAR 09:00-10:00	JUE 09:00-10:00	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	14
T.2	DANZA ARABE BASICO	VIE 10:30-12:30	---	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	7
T.3	GIMNASIA ADULTO MAYOR	LUN 11:30-12:30	MIE 11:30-12:30	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	12
T.4	GIMNASIA LOCALIZADA	MAR 10:15-11:15	JUE 10:15-11:15	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	15
T.5	GIMNASIA MANTENCION	MAR 11:30-12:30	JUE 11:30-12:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	5

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	La clase consiste en 15 a 18 canciones. Este mes cambié 5 coreografías e incorporé 5 más, sus ritmos son: merengue, salsa, bachata, retro y aeróbico.
T.2	Cada clase es una clase nueva. Quiere decir, que se hacen 6 bloques coreográficos con movimientos de danza árabe
T.3	Cada clase es diferente, es una clase que está dividida en 3 secciones. 20 min aeróbica, donde se hacen 2 bloques. Luego siguen 20 min de baile, este mes las alumnas bailaron 2 coreografías nuevas y por último, 20 min de trabajo localizado.
T.4	Este mes la mayoría de las clases fueron divididas en dos. 30 min de aeróbica y luego los otros 30 min de localizado, intercalando tren superior e inferior. Para esta última se realizó en circuitos utilizando mancuernas, bancos, colchonetas y step.
T.5	Las clases de este mes trabajamos tren superior e inferior con mancuernas, silla, pelota Pilates y colchonetas.

Firma prestador de los servicios	
---	--

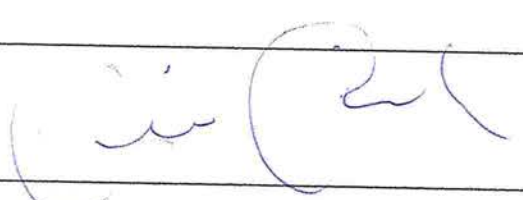
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	GONZALEZ VILLARROEL CAROLINA		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.6	ZUMBA	LUN 20:00-21:00	MIE 20:00-21:00	DIAGUITAS 911 (CC DIAGUITAS)	6
T.7	ZUMBA	MAR 19:30-20:30	JUE 19:30-20:30	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	2
T.8	ZUMBA BASICO	LUN 9:00-10:00	MIE 9:00-10:00	CRISTOBAL COLON 7357 (CC ROTONDA ATENAS)	8
T.9	---	---	---	---	
T.10	---	---	---	---	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.6	La clase consiste en 15 a 18 canciones. Este mes cambié 5 coreografías por otras 5. Los ritmos que incorporé son los siguientes: merengue, salsa, bachata, retro y aeróbico
T.7	La clase cosiste en 12 canciones y 15 min de localizado con mancuernas y pelota de Pilates.
T.8	La clase consiste en 13 a 18 coreografías. En este mes se incluyeron 4 coreografías, una por semana.
T.9	
T.10	

Firma prestador de los servicios	
---	--

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. GONZALEZ VILLARROEL CAROLINA, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2025; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. GONZALEZ VILLARROEL CAROLINA.

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

BAILE ENTRETENIDO

LUGAR DE EJECUCION

CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR

CAROLINA GONZALEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MARTES Y JUEVES 9:00 - 10:00 HORAS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N Ú M E R O	F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
					JULIO/01	JULIO/03	JULIO/08	JULIO/10	JULIO/15	JULIO/17	JULIO/22	JULIO/24	JULIO/29	JULIO/31	AGOSTO/05	AGOSTO/12	AGOSTO/14	AGOSTO/19	AGOSTO/21	AGOSTO/26	AGOSTO/28		
1	AGUILERA VILLEGAS TAMARA SOLEDAD				P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P				
2	ARIZTIA MIRA MARIA LUISA				J	J	J	J	P	P	P	J	J	P	J	P	P	J	P				
3	CABEZAS ALFARO AMELIA LEONIE				P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P				
4	CARRILLO BERNARD LISETTE				P	J	P	J	J	J	P	J	J	J	P	J	P	J	J	P			
5	CASTILLO CARILLO AMANDA				P	J	P	J	J	J	P	J	J	J	P	J	J	J	J	J			
6	CIFUENTES PEREZ PILAR				J	J	P	J	J	P	J	P	J	J	J	J	J	P	J	J			
7	FEMENIAS CORBALAN GUILLERMO HORACIO				J	P	P	P	P	P	J	J	J	J	J	J	J	P	J	P			
8	GONZALEZ ALVAREZ JOHANA				J	J	J	J	J	J	J	P	P	/	P	P	P	P	J				
9	IGLESIAS VILLARROEL JUAN DAMIAN				P	P	P	P	P	P	P	P	P	/	P	P	P	P	P				
10	LIAÑO . FLAVIA				P	J	J	J	J	J	J	P	J	J	J	J	J	J	P	J			
11	MORGADO LASTRA MONICA EDITH				J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
12	MUNDACA MONDACA ROSSANA ALEJANDRA				P	P	P	P	J	P	P	J	P	J	P	P	P	P	J				
13	NUÑEZ MORALES MONICA XIMENA				J	P	J	J	P	P	J	J	J	J	J	P	J	J	P				
14	OLGUIN SANDOVAL ELIZABETH LEONOR				P	P	J	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	P				
15	OSSANDON BARRIA CAROLA ALEJANDRA				P	J	P	P	J	J	J	J	P	P	J	P	P	J	J	P			
16	PEREZ NUÑEZ YASNA ALEJANDRA				J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P				
17	PINTO ABETT DE LA TORRE BEATRIZ ALEJA				P	P	P	J	P	P	P	J	J	P	P	P	J	P	J				
18	RODRIGUEZ MALUENDA ISABEL MARGARITA				P	P	P	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	J	P				
19	SANCHEZ CORNEJO CAROLINA DEL CARMEN				P	P	P	P	J	J	J	J	P	P	P	P	P	J	P				
20	SIMUNOVIC BERNALES MARIA ALEJANDRA				P	P	P	J	P	J	P	J	J	J	P	P	P	J	J	P			
21	TONINI GARCIA GLORIA				P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	P	J	P				
22	VALENZUELA PEREZ ROSA ELIANA				J	P	P	J	P	J	J	J	P	J	J	J	P	P	J				
23	VERON . MONICA MARIA				J	J	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P	J	P	J				
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION	14	13	16	12	15	14	15	10	12	10	15	16	15	12	12	15							
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

L DE ASISTENCIA

F. INICIO
15/03

DEPARTAMENTO
GESTION DE TALLERES

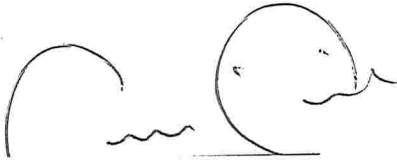
INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11

PROGRAMA
LERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

¿ES ADULTO MAYOR?	PRESENTA CERTIF. MEDICO
(SI / NO)	(SI / NO)
SI	
NO	
SI	
NO	
NO	
SI	
SI	
NO	
SI	
NO	
NO	
NO	
NO	
NO	
NO	
NO	
NO	
SI	
SI	
SI	
SI	
NO	



PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

ARABE BASICO

LUGAR DE EJECUCION

IMAGO MUNICI

NOMBRE DEL PROFESOR

CAROLINA GONZALEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

Viernes 10-12 Hrs.

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				04 JULIO	11 JULIO	18 JULIO	25 JULIO	01 AGOSTO	08 AGOSTO	15 AGOSTO	22 AGOSTO	29 AGOSTO											
1	ABUJERA V. TAMARA			J	P	P	P	S	P		P												
2	ARIZTIA. M. LUISA			J	J	P	J	P	F	J													
3	GONZALEZ, JOHANA			J	J	J	P	S	P	E	P												
4	LEIVA, MONICA			J	J	J	J	P	J	R	J												
5	LOPEZ, YERKA			P	J	P	J	E	J	I	J												
6	MENDEL, M. FERNANDA			P	P	P	P	N	P	A	P												
7	MUGA, PAMELA			J	J	J	J	D	P	D	P												
8	MURR, ELENA			P	P	J	P	I	J	O	P												
9	NUDEL, XIMENA			P	J	J	J	D	U		J												
10	OLGUIN, ELISABETH			P	P	P	P	A	P		P												
11	RODRIGUEZ, M. TSABEL			P	J	P	P		P		J												
12	UBILLA, RAQUEL			J	J	J	J		J		J												
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

Nº DE ASISTENTES POR SESION

6 4 6 6 7 6

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

DE ASISTENCIA

F. INICIO
25/03

DEPARTAMENTO

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TÉRMINO
28/11

PROGRAMA	
T. Recreativos	Desarrollo

[illegible][illegible]

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
GIMNASIA ADULTO MAYOR	CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
CAROLINA GONZALEZ	LUNES Y MIERCOLES 11:30 - 12:30 HORAS

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
				02 JUL 0	07 JUL 0	09 JUL 0	14 JUL 0	21 JUL 0	23 JUL 0	28 JUL 0	30 JUL 0	04 AGOSTO	06 AGOSTO	11 AGOSTO	13 AGOSTO	18 AGOSTO	20 AGOSTO	25 AGOSTO	27 AGOSTO	
1	AGUIRRE AGUIRRE ADRIANA DEL CARMEN			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
2	CABRERA CABRERA MARIA DEL PILAR			J	J	J	J	I	I	I	J	J	I	I	I	I				
3	CASTRO NAVARRO LIDIA ANGELICA			P	J	J	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J			
4	CASTRO URRUTIA XIMENA AIDA			P	P	J	J	J	P	P	J	P	P	P	P	P	P			
5	CASTRO DE GUERRO ANA			J	J	J	P	P	P	P	P	P	J	J	P	J	P			
6	DE LA VEGA PRAT LUZ MARIA			P	J	P	J	J	P	I	J	I	I	I						
7	FEMENIAS CORBALAN GUILLERMO HORACIO			P	J	J	P	J	J	J	J	I	I	I	J	J	J			
8	FIGUEROA ROJAS AIDA MIREYA			P	J	J	P	I	J	J	J	I	I	I	J	J	J			
9	GUERRA POTTSTOCK SYLVIA VICTORIA EUG			P	P	P	P	J	J	I	P	P	P	P	P	P	P			
10	IGLESIAS VILLARROEL JUAN DAMIAN			P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	J			
11	NAVARRO DE MATUTE FRANCISCA			/	P	J	P	I	I	I	J	P	J	J	J	J	J			
12	ARMSTRONG ORCINOLI MARIA			/	/	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
13	ATEAGA CASTILLO MARIA			P	P	J	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P			
14	BARAHONA MATUS MARIA			J	J	P	J	P	P	P	J	P	J	J	J	P	P			
15	BUSSENIUS HERRERA CARMEN			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
16	CARREÑO CAMPOS XIMENA			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
17	CASTRO DE GUERRERO ANA MARIA D.			P	P	J	J	J	J	I	J	P	P	P	P	P	J			
18	DE LA CARRERA PRETT PAULINA			J	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P			
19	MARAMBIO LOPEZ MARIA			J	J	J	J	I	I	I	J	P	P	P	J	J	J			
20	MATUS CASTRO FABIOLA			J	P	P	J	J	J	J	J	I	P	J	J	P				
21	MELGAREJO SANHUEZA SILVIA			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
22	MUÑOZ VERSIN LUIS			J	J	P	J	P	P	J	J	J	I	I	I	I				
23	NUÑEZ GONZALEZ ELIANA			P	P	P	P	P	P	P	J	J	I	J	P	P	P			
24	RIQUELME RODRIGUEZ JOSEFINA			P	P	J	P	P	P	P	J	P	J	P	J	J	P			
25	UBILLA CADENA RAQUEL			J	J	J	J	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P			

Nº DE ASISTENTES POR SESION	13	12	10	14	12	15	12	8	14	9	13	12	13	13						
MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES																				
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES																				
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA																				

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
MARZO

DEPARTAMENTO
GESTION DE TALLERES

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

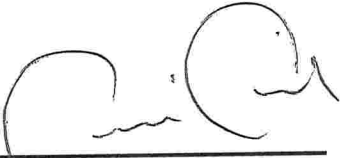
F. TERMINO
NOVIEMBRE

PROGRAMA
LERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2

18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
			1																			
			2																			
			3																			
			4																			
			5																			
			6																			
			7																			
			8																			
			9																			
			10																			
			11																			
			12																			
			13																			
			14																			
			15																			
			16																			
			17																			
			18																			
			19																			
			20																			
			21																			
			22																			
			23																			
			24																			
			25																			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTR

NOMBRE DEL TALLER

GIMNASIA LOCALIZADA

LUGAR DE EJECUCION

CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR

CAROLINA GONZALEZ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

MARTES Y JUEVES 10:15 - 11:15 HORAS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)			SESIONES	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
					01-JUNIO	03-JUNIO	08-JUNIO	10-JUNIO	15-JUNIO	17-JUNIO	22-JUNIO	24-JUNIO	29-JUNIO	31-JUNIO	05-AGOSTO	07-AGOSTO	12-AGOSTO	14-AGOSTO	19-AGOSTO	21-AGOSTO	26-AGOSTO	28-AGOSTO
1	AGUILERA VILLEGAS TAMARA SOLEDAD				P	J	J	P	P	P	P	P	S	P	P	P	P	J	J	P		
2	ALFARO METTIFOGO ROSA MARIA				P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
3	ARIZTIA MIRA MARIA LUISA				J	J	J	J	P	P	J	J	P	P	J	P	P	P	P	J	P	
4	ATHENS CABRERA GISELA FATIMA				P	P	P	P	P	P	P	P		P	J	P	P	P	P	J		
5	CABEZAS ALFARO AMELIA LEONIE				P	J	P	P	P	P	P	P	C	P	P	P	J	J	P	J		
6	CIFUENTES PEREZ PILAR				J	J	J	J	J	P	J	J	L	J	J	J	J	J	J	J		
7	DAVALOS SAÑUDO MARIA CRISTINA				J	J	J	J	P	P	J	J	A	J	J	P	P	J	J	J		
8	GUZMAN MONTTI ANGELICA				P	J	J	P	P	P	P	J	S	P	P	P	J	P	P	P		
9	LEON LEWIN PATRICIA				P	P	P	P	P	P	P	P	G	J	P	P	P	J	P	P		
10	MARIA FERNANDA MENDEZ TORRECILLA				J	J	J	P	P	P	P	P	S	P	J	P	P	P	P	P		
11	MONTTI SALCEDO MARIA ANGELICA				P	P	P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	J	P	P		
12	MORGADO LASTRA MONICA EDITH				J	J	P	P	P	P	P	J		P	P	P	P	P	P	P		
13	MUGA CANDIA PAMELA				J	P	J	J	P	P	P	P		J	P	P	J	J	P	P		
14	MUNDACA, MONDACA ROSSANA ALEJANDRA				P	P	P	P	J	P	P	J		J	P	P	P	P	P	J		
15	NUÑEZ MORALES MONICA XIMENA				J	P	J	J	P	P	P	P		J	J	P	P	J	P	P		
16	NUÑEZ RAMIREZ GUADALUPE				J	J	J	P	P	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J		
17	NUÑEZ RIVERA XIMENA PAZ				P	J	P	P	P	P	P	P		P	P	J	P	J	P	P		
18	OSSANDON BARRIA CAROLA ALEJANDRA				P	J	P	P	J	J	J	J		P	J	P	P	J	J	J		
19	PINTO ABETT DE LA TORRE BEATRIZ ALEJA				J	J	P	J	P	P	P	P		P	P	P	J	P	J	J		
20	SANCHEZ CORNEJO CAROLINA DEL CARMEN				P	P	P	P	J	J	J	J		P	P	P	P	J	P	J		
21	SELOWSKY HIRSCHLER SILVIA				P	J	J	J	J	J	J	J		J	P	P	J	J	J	J		
22	SIMUNOVIC BERNALES MARIA ALEJANDRA				P	P	P	J	P	J	P	J		J	P	P	P	J	J	P		
23	TIMAR SPINRAD EVELYN ANTONIA				P	P	P	P	P	P	P	P		J	P	P	P	P	P	P		
24																						
25																						

Nº DE ASISTENTES POR SESION

9410131516171819202122232425

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

OL DE ASISTENCIA

F. INICIO
15/03

DEPARTAMENTO
GESTION DE TALLERES

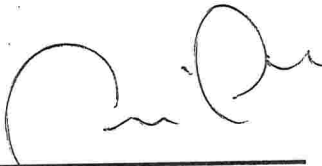
INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

F. TERMINO
30/11

PROGRAMA
TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
		1																			
		2																			
		3																			
		4																			
		5																			
		6																			
		7																			
		8																			
		9																			
		10																			
		11																			
		12																			
		13																			
		14																			
		15																			
		16																			
		17																			
		18																			
		19																			
		20																			
		21																			
		22																			
		23																			
		24																			
		25																			

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
SI	
SI	
NO	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
SI	
NO	
NO	
NO	
NO	
NO	
NO	
SI	
SI	
SI	
SI	


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Gim. Mantenición

LUGAR DE EJECUCIÓN
AV. Cristóbal Colón 7000 Torre D

NOMBRE DEL PROFESOR
CAROLINA GONZALEZ

DÍAS Y HORARIO DE EJECUCIÓN DEL TALLER
Martes - Jueves 11:30 - 12:30.

		NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	Nº FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					1 JULIO	3 JULIO	8 JULIO	10 JULIO	18 JULIO	17 JULIO	22 JULIO	24 JULIO	29 JULIO	31 JULIO	5 AGOSTO	7 AGOSTO	12 AGOSTO	14 AGOSTO	19 AGOSTO	21 AGOSTO				
1		ATEAGA M ^a ELENA			J	P	J	S	J	P	P	P	P	S	P	P	P	J	P	P				
2		CASTRO LIDIA			P	P	J	U	P	P	J	P	J	U	P	P	P	J	J	P				
3		DAVALOS M ^a CRISTINA			J	P	J	S	P	P	J	J	J	S	P	P	P	P	S	J				
4		LAMVEFRANGUE GARCIA			P	P	J	P	J	J	J	J	J	P	J	P	P	P	J	J				
5		LOVEDE LORERO			J	P	P	E	J	P	P	J	P	E	P	J	P	P	P	P				
6		MATOS Fabiola			J	J	P	N	P	J	J	J	J	N	J	J	J	J	P	P				
7		LANDAETA SELMA			P	P	P	D	P	J	J	J	J	D	P	S	P	P	P					
8								I						I										
9								D						D										
10								O						O										
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

Nº DE ASISTENTES POR SESIÓN 3 6 3 / 4 4 2 2 2 / 5 5 5 4 4 5

DE ASISTENCIA

INSCRIPCIÓN MÍNIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA
T. Recursos humanos y de desarrollo

[illegible]

Omni

F. TÉRMINO
30.11.

PROGRAMA
7. Recreativo Desporto

[illegible][illegible]

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Zumba

LUGAR DE EJECUCION
Cnsiobsl Colon 7000 Tame D IFUGO

NOMBRE DEL PROFESOR
Carolyn Gonzalez

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Martes - Jueves 19:00 - 20:30

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprinta)	SESIONES	N	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					01 JULIO	03 JULIO	08 JULIO	10 JULIO	15 JULIO	17 JULIO	22 JULIO	24 JULIO	29 JULIO	31 JULIO	05 AGOSTO	07 AGOSTO	12 AGOSTO	14 AGOSTO	19 AGOSTO	21 AGOSTO	26 AGOSTO	28 AGOSTO		
1	GOMEZ A. EVELIN A		S	J	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	LOPEZ R. DANIELA		I	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	MUR G. ELENA		N	J	P	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
4	REATO B. DORIS			J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
5	GONZALEZ O. NATALIA		A	J	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	CAMPILAY A. VIVIANA		L	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7			U																					
8			M																					
9			N																					
10			A																					
11			S																					
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								

N° DE ASISTENTES POR SESION	0	1	2	3	4	4	5	0	0	0	0	0	2	2	0									
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA	
---------------	--

DEPARTAMENTO

INSCRIPCION MINIMA : _____
(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
ZUMBA BASICO

LUGAR DE EJECUCION
CENTRO COMUNITARIO ROTONDA ATENAS

NOMBRE DEL PROFESOR
CAROLINA GONZALEZ

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
LUNES Y MIERCOLES 9:00 - 10:00 HORAS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		S E S I O N E S	N U M E R O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				F E C H A																			
1	AGUILERA VILLEGAS TAMARA			02 JUL 0	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	J					
2	AREVALO SCIARAFFIA NATACHA			07 JUL 0	I	P	P	J	P	P	P	J	P	J	P	P	J	J					
3	CASTILLO PIZARRO MARCELA			09 JUL 0	N	P	P	P	P	J	P	J	P	P	P	P	J	P					
4	FUENTES NAYLOR MACARENA			14 JUL 0		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
5	GONZALEZ ALVAREZ JOHANA			21 JUL 0	C	J	J	P	J	J	P	P	P	P	P	P	P	P					
6	LOPEZ VERA YERKA SOLANGE			23 JUL 0	L	J	J	J	P	P	P	P	J	J	P	J	P	P					
7	MARIA FERNANDA MENDEZ			28 JUL 0	A	J	J	P	J	P	J	P	P	P	P	P	P	P					
8	MORGADO LASTRA MONICA			30 JUL 0	S	P	P	P	P	P	P	J	J	P	P	P	P	J					
9	NASER . NAHLA			04 AGOSTO	E	J	P	P	P	P	P	P	J	P	P	P	P	P					
10	NUÑEZ RIVERA XIMENA PAZ			06 AGOSTO	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	P	P					
11	ROMERO BRUNA DANIELA			11 AGOSTO		P	P	P	P	P	P	P	J	P	P	J	J	J					
12	UBILLA CADENA RAQUEL			13 AGOSTO		J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J					
13	CABEZAS ALFARO AMELIA			18 AGOSTO		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	J	J	P					
14	GUERRERO VEGA MACARENA			20 AGOSTO				P	P	P	P	J	P	P	J	J	J						
15				25 AGOSTO																			
16				27 AGOSTO																			
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

7	8	10	10	10	11	9	8	9	12	7	7												
---	---	----	----	----	----	---	---	---	----	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

DE ASISTENCIA

(Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller)

PROGRAMA	
JUEGOS RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2	

[illegible][illegible]


FIRMA PROFESOR

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Se debe especificar el taller correspondiente al medio de verificación.

